

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

N° 156

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MEDECINE)

par

Philippe-J. BÉLANGER

Né le 19 Janvier 1898. à Salem-Mass (U.S.A.)

**PHYSIOPATHOLOGIE
ET
INDICATIONS DE LA CYSTOSTOMIE
SUS-PUBIENNE**

Président : M. Félix LEGUEU, Professeur

EDITIONS NOBLE-GEX

6, Rue Bobillot

PARIS

1929

257

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

N° —

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

par

Philippe-J. BÉLANGER

Né le 19 Janvier 1898, à Salem-Mass (U.S.A.)

PHYSIOPATHOLOGIE
ET
INDICATIONS DE LA CYSTOSTOMIE
SUS-PUBIENNE

Président : M. Félix LEGUEU, Professeur

EDITIONS NOBLE-GEX

6, Rue Bobillot

PARIS

—
1929

I. — PROFESSEURS

MM.

M. VILLARET.

ROUVIERE

CUNEO

ROGER

STROHL

DESGREZ

LEMIERRE.

BRUMPT

Marc d LABBE

SICARD

LECENE

ROUSSY

CHAMPY.

TIFFENEAU.

LOEPER.

N...

BALTHAZARD

MENETRIER

RATHERY.

CARNOT.

BEZANCON

ACHARD

WIFAL

MARFAN

NOBECOURT

H. CLAUDE

JEANSELME

GUILLAIN

TEISSIER

DELBET

HARTMANN

LEJARS

GOSSET

TERRIEN

LEGUEU

COUVLLAIRE

BRINDEAU

JEANNIN

J.-L. FAURE

OMBRÉDANNE

VAQUEZ

SEBILEAU

DUVAL

SERGENT

BRANCA.

L. BERNARD.

Hydrologie, thérapeutique et climatologie.....

Anatomie

Anatomie médico-chirurgicale

Physiologie

Physique médicale

Chimie organique et chimie générale

Bactériologie

Parasitologie et histoire naturelle médicale

Pathologie et thérapeutique générales

Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale

Anatomie pathologique

Histologie

Pharmacologie et matière médicale

Thérapeutique

Hygiène

Médecine légale

Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance

Clinique des maladies des enfants

Clinique des maladies mentales et des maladies de

l'encéphale

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...

Clinique des maladies du système nerveux

Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique médicale

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique

Professeur sans chaire

Clinique de la tuberculose



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A titre permanent

MM.

ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LERY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agré-gé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
GREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées ne doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'en approuve aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de ma piété filiale et de
ma profonde affection.*

A MON FILS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FELIX LEGUEU

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique urologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien à l'Hôpital Necker
Commandeur de la Légion d'honneur

*En reconnaissance du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL GASTOU

Ancien Chef de Clinique et Assistant de consultation
Chef de Laboratoire de la Faculté à l'Hôpital Saint-Louis

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE PARIS

HISTORIQUE

La pratique de la cystostomie est relativement récente, et la première, pratiquée par Poncet en 1888, le fut chez un malade prostatique en rétention.

L'impossibilité du cathétérisme urétral, l'insuffisance de la ponction sus-pubienne par trocart ou aiguille capillaire, rendait nécessaire chez ce malade une intervention plus complète. « Je pratiquai audessus du pubis, une incision méthodique de la paroi antérieure de la vessie, et, pour avoir un véritable canal de dérivation, je suturai les lèvres de la plaie vésicale, à toute l'épaisseur des bords de la paroi abdominale, dans le but : 1° d'assurer l'écoulement continu de l'urine par une ouverture vésicale, comparable à un anus contre-nature : 2° d'établir, ainsi, un urètre contre nature qui, dans le cas, constituait un urètre artificiel et définitif. » (Poncet). Cette intervention fut communiquée à la Société de Médecine de Lyon avec cinq autres semblables, le 5 février 1889.

Les observations antérieures ne permirent pas à la cystostomie d'entrer dans la pratique courante.

La première pratiquée est celle que Sédillot fit en 1856 sur un prostatique hématurique.

Boeckel publia en 1884 dans la *Gazette Médicale de Strasbourg*, deux observations de cystostomie chez des prostatiques en rétention.

Le premier travail d'ensemble fut la thèse de Bonan (Lyon, 1892), qui rapporte trente-cinq observations de cystostomie sus-pubienne chez des prostatiques.

Michon, dans sa thèse en 1895, précise les indications de la cystostomie et a surtout en vue la rétention, les douleurs, les hématuries, l'infection.

Lagoutte étudie les « résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne » (Thèse de Lyon, 1894).

Andry, en 1897, montre les dangers de la ponction vésicale, conseille la cystostomie et en étudie les différents modes opératoires.

La mise en pratique de la prostatectomie fait, en 1900, passer la cystostomie définitive au second plan.

Les conclusions de Pousson et Lumeau sont *approuvées* par Legueu, qui insiste sur le fait que « la cystostomie sus-pubienne est une opération bien rarement, sinon jamais indiquée chez le prostatique ».

Mais à cette époque, on pratiquait la prostatectomie périnéale qui, mise en pratique d'abord en Amérique (Mac Lean), avait été introduite en France par Proust, Gosset et Albaran.

Fuller, puis Freyer, pratiquent la prostatectomie par voie transvésicale, mais cette intervention était grevée d'une mortalité assez importante, car le sondage, chez ces prostatiques distendus, entraînait souvent une mort rapide par toxi-infection. C'est pour parer à ces accidents que Pauchet, Escat et Carlier

pratiquèrent la prostatectomie en deux temps ; l'énucléation de la prostate étant précédée d'une cystostomie temporaire.

Une telle méthode mettant la vessie en repos évite les accidents toxiques et infectieux, et actuellement elle est pratiquée d'une façon courante par la presque totalité des urologistes.

Rôle physiologique de la cystostomie

Qu'il s'agisse de cystostomie définitive (Poncet) ou de cystostomie temporaire, une telle intervention a pour caractéristique essentielle d'assurer un drainage continu de la vessie et d'assurer ainsi son repos et sa désinfection.

La cystostomie temporaire qui, actuellement, est la plus couramment employée, est indiquée toutes les fois qu'il est nécessaire d'obtenir une désinfection de la vessie et une désintoxication de l'organisme en général.

Son rôle physiologique porte essentiellement sur la vessie, le rein et l'état général.

1° *Rôle vésical.* — La conséquence immédiate d'une cystostomie est la disparition pour ainsi dire complète de la pression vésicale et de la contraction de la vessie.

La distension de cet organe entraîne une augmentation considérable de la pression qui est à la base des contractions douloureuses caractérisant la première période, puis à la longue, les fibres vésicales ne réagissent plus et l'asystolie est constituée, caractérisant la seconde période. Si l'on pratique alors une

cystostomie, le muscle est mis au repos et retrouve dans la suite sa contractilité normale.

Bien plus, l'ouverture de la vessie entraîne des modifications dans la sensibilité et la circulation vésicale.

Guyon distinguait la sensibilité à la tension et la sensibilité au contact, par suite de la présence d'une quantité d'urine anormalement abondante irritant les parois. Ces deux sensibilités qui, à leur degré extrême, caractérisent les cystites douloureuses, disparaissent rapidement après la cystostomie.

Au cours des différents types de rétention, la circulation vésicale est profondément troublée. Particulièrement, la circulation veineuse dont la stase entraîne une congestion qui porte non seulement sur toute l'épaisseur de la paroi, mais s'étend à tout le petit bassin et en particulier aux veines péri-vésicales et péri-prostatiques. Tous ces phénomènes congestifs qui peuvent se traduire cliniquement par des hématuries ou une hypertrophie prostatique marquée, à la base des crises de rétention, disparaissent après l'ouverture de la vessie, et la cystostomie est le seul procédé permettant d'obtenir une décongestion complète et rapide de la région.

En effet, la sonde à demeure est souvent impossible à mettre en place et si l'obstacle est franchissable, elle expose à l'infection.

La ponction vésicale expose aux hématuries *a vacuo* qui peuvent être extrêmement graves.

Enfin, le drainage sus-pubien favorise la désinfec-

tion vésicale et par là, est un traitement prophylactique de l'infection rénale.

2° *Rôle rénal.* — Une rétention d'urine chronique entraîne non seulement une dilatation vésicale, mais également une dilatation uretéro-rénale portant sur le bassinet et sur les calices et exposant le malade à l'infection. Non seulement ces accidents peuvent alors être évités, mais même installée, l'infection rénale trouve dans le drainage sus-pubien un de ses meilleurs agents thérapeutiques.

De plus, la distention uretéro-rénale entraîne des troubles dans le domaine de la sécrétion rénale et chez ces malades, apparaissent des signes d'intoxication : langue sèche, inappétence, élévation du taux de l'urée sanguine.

La cystostomie diminuant le réflexe vésico-rénal permet d'améliorer la constante et de réduire l'azotémie.

3° *Rôle sur l'état général.* — Il ressort des premières publications publiées par Poncet que son premier malade, un vieillard de 68 ans, « exhalait une forte odeur urineuse, le ventre était dur, ballonné, la peau brûlante, la langue sèche, les lèvres fuligineuses, etc. » et les premiers auteurs avaient été frappés des résultats favorables obtenus chez des malades opérés *in-extremis*.



INDICATIONS

La dérivation des urines par voie hypo-gastrique est indiquée dans des affections multiples et nous l'étudierons successivement chez les rétentionnistes prostatiques, dans l'infection vésico-rénale, dans les cystites douloureuses et les hématuries vésicales : enfin, dans les fistules uretéro ou vésico-vaginales.

Nous ne ferons que résumer rapidement la technique.

La vessie est lavée et remplie d'une solution antiseptique. Si sa capacité est réduite, on pourra soulever la paroi vésicale à l'aide d'un béniqué.

Après anesthésie locale, on incise sur la ligne médiane : au ras du pubis lorsqu'on recherche une cystostomie définitive ; très haut au-dessus de la symphise si l'on recherche une cystostomie temporaire. Cette dernière incision permettra lorsqu'on pratiquera le second temps de la prostatectomie, de prolonger l'incision vers le bas.

Après avoir sectionné la peau et le tissu cellulaire, on tombe sur la graisse pré-vésicale que l'on relève en même temps que le cul-de-sac péritonéal.

La vessie est reconnue aux veines qui font saillie à

sa surface. On incise la vessie sur la ligne médiane, et l'on fixe les deux lèvres de la tranche vésicale au plan apo-névrotique pariétal. On place une sonde coudée de de Pezzer. La plaie cutanée est rétrécie par quelques crins et la sonde fixée au plan cutané.

1° *Cystostomie chez les prostatiques rétentionnistes.*

— Chez ce groupe de malades, ses indications sont multiples. En effet, elle assure non seulement la dérivation des urines, et par-là lutte directement contre la rétention, mais encore, elle fait disparaître la congestion et, partant, les hématuries, les contractions douloureuses, calmant ainsi les douleurs et, enfin, elle constitue le meilleur procédé de désinfection. Ce sont là les quatre effets immédiats dont on constate l'apparition rapide chez un cystostomisé.

Elle est indiquée toutes les fois que chez un prostatique mécanique non infecté, à urines claires, le cathétérisme est impossible ou lorsque celui-ci nécessite des manœuvres répétées douloureuses, entraînant des hémorragies ou des élévations thermiques. Elle est de beaucoup préférable à la sonde à demeure et à la ponction vésicale sus-pubienne.

Des rétentionnistes prostatiques, il faut rapprocher les rétentionnistes urétraux, qu'il s'agisse de rupture traumatique, de rétrécissement serré, de tumeur ou de compression de l'urètre par un cancer de la prostate ou du col utérin chez la femme.

L'incarcération d'un utérus gravide rétroversé a

pu, dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, être une indication à une cystostomie temporaire.

2° *Cystostomie pour infection vésico-rénale.* — L'infection chez les prostatiques se résume en deux types principaux : l'infection vésicale localisée, l'infection uretéro-rénale généralisée. Il est plus rare de la rencontrer au cours des rétrécissements de l'urètre.

Cette infection est une conséquence directe de la rétention où la stase et la congestion pelvienne jouent un rôle prédominant. Elle est surtout fréquente chez les malades qui se sondent eux-mêmes, mais l'application stricte des règles générales de l'asepsie ne mettent pas les malades à l'abri de cette complication.

Installée progressivement ou brusquement, l'infection localisée à la vessie a une tendance marquée à l'extension qui est favorisée par l'état de distension de l'uretère et du bassinet.

La cystostomie est particulièrement indiquée chez ces malades à urines troubles, très fragiles, et elle constitue non seulement un traitement curatif de la cystite, mais encore un traitement préventif de l'infection rénale.

Cette dernière, à son degré le plus bénin, peut guérir par une simple cystostomie. Si elle est très marquée, et surtout si elle s'accompagne de rétention purulente, il sera nécessaire de pratiquer une néphrotomie unilatérale ou bilatérale.

3° *Cystostomie dans les cystites douloureuses.* — Hartmann a été un des premiers à recommander la taille hypo-gastrique avec dilatation du col dans les cystites douloureuses chroniques.

Parmi ces dernières, les plus couramment observées en clinique, sont des cystites tuberculeuses, le plus souvent secondaires à une tuberculose rénale. En pareil cas, les principales indications sont les douleurs violentes, les hématuries rebelles et les besoins incessants d'uriner. L'irritabilité extrême de la vessie ne peut, en pareil cas, être obtenue que par le drainage sus-pubien de la vessie.

Toutefois, une telle intervention ne soulage pas toutes les vessies douloureuses. Il est en effet des cas de névralgies vésicales rebelles à cette thérapeutique. C'est alors que l'on a recommandé l'énervation vésicale (Rochet). Pour cet auteur, la contraction vésicale est le point de départ de la cystalgie et il est nécessaire de pratiquer une résection des branches afférentes prostatato-vésicales du plexus hypo-gastrique.

Enfin, dans des cas exceptionnels, l'énervation et la cystostomie sont insuffisantes et c'est pour ces cas que Papin, au Congrès de l'Association Française d'Urologie de 1925, a recommandé l'exclusion de la vessie. Pour ce, trois procédés : la néphrostomie, l'abouchement des uretères à l'intestin ; l'implantation de ces conduits à la peau. Le dernier procédé réalisant l'uréterostomie externe semble de beaucoup préférable.

4° *Cystostomie pour hématurie vésicale.* — Les facteurs d'hématurie vésicale sont multiples ; ils peuvent relever de tumeurs bénigne et maligne de calculose, tuberculose ou de syphilis vésicale.

Chez les prostatiques, les hématuries vésicales relèvent généralement du mécanisme « *a vacuo* » à la suite de cathétérisme entraînant une évacuation brutale rapide et complète d'une vessie distendue.

Pour Michon, « dans toute hémorragie vésicale, quelle qu'en soit la cause, la taille hypo-gastrique est un excellent moyen hémostatique ».

Actuellement, les indications en sont plus restreintes : la thérapeutique hémostatique par lavages vésicaux, la diathermie sous contrôle cystoscopique permettent, dans bien des cas, d'enrayer de telles hémorragies.

Mais en dehors des prostatiques, les tumeurs malignes de la vessie entraînant des hémorragies abondantes et répétées, relèvent le plus souvent d'une cystostomie temporaire ou définitive si le malade est inopérable.

5° *Cystostomie pour fistule urinaire.* — Dans le groupe des fistules vésico-intestinales, la cystostomie est réservée à celles qui ne sont pas accessibles par l'anus et le rectum, soit qu'elles soient hautes, ou que l'existence d'une sénose rectale gêne l'abord de l'orifice fistuleux.

La cystostomie permet chez ces malades de calmer la cystite et d'assurer la désinfection vésicale, et le

maintien des sutures. On évitera ainsi l'infiltration urinaire et ses dangers.

Chez la femme, les fistules uro-génitales, qui ne peuvent être oblitérées par une intervention directe, nécessitent une cystostomie préliminaire. C'est surtout le cas lorsque l'on est en présence de fistule élevée ou récidivante après des interventions multiples et difficiles.

Il peut s'agir de fistule vésico-vaginale ou urétro-vaginale.

Mais l'indication majeure est la fistule urétéro-vaginale qui offre des difficultés opératoires considérables et même dangereuses, car leur cure radicale, en même temps, peut compromettre la perméabilité urétérale.

La cystostomie permanente pour fistule uro-génitale n'est réservée que dans certains cas très spéciaux, en particulier dans les tumeurs malignes du petit bassin incurables, dont l'extension a entraîné une fistulisation urinaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Poncet)

Rétention chronique. — Cachexie urinaire d'origine prostatique. — Impuissance des cathétérismes, des lavages, etc. — Cystite aiguë. — Cystostomie. — Guérison. — Survie de cinq ans.

L. G..., 78 ans, antécédents prostatiques datant de huit ans, obligé de recourir définitivement au cathétérisme après un dernier accès de rétention qui remonte à deux ans. Traitement par la sonde et les lavages vésicaux.

Depuis quinze mois, envie fréquente d'uriner augmentant dans les derniers jours. Vingt cathétérismes dans les vingt-quatre heures. Urines hématiques, fétides, ammoniacales. Fièvre, symptômes de cachexie urinaire.

A. Poncet, appelé en consultation, conseille et pratique une cystostomie le 27 mai 1892. La vessie est un véritable égout. Muqueuses molles, fongueuses, avec concrétion calcaire.

Suites excellentes. Reprise de la vie habituelle. Incontinence à peu près complète.

17 novembre 1892. — En présence de douleurs vésicales qui paraissent s'accroître, Poncet pratique une exploration de la vessie, par le méat artificiel. Il reconnaît l'existence de calculs qu'il enlève, au nombre de cinq.

La muqueuse est saine. Elle ne présente plus ni fongosité, ni ulcération.

Incontinence partielle. Chez ce malade, quelques phénomènes de cystite ont persisté, lavages bi-quotidiens de la vessie.

Il est revu en octobre 1894, très bien portant. Il a grossi de cinq kilogrammes.

Ce vieillard est mort en juin 1897. Il resta incontinent. Pendant ces cinq ans, on dut à diverses reprises débrider le meat artificiel, dont le rétrécissement donnait lieu rapidement à de nouveaux accidents de rétention, entre autres, à des douleurs, à des hématuries, etc., etc.

Cet opéré ne retrouvait un bien-être à peu près complet qu'avec une incontinence absolue.

OBSERVATION II

(Delore).

Accidents de rétention. — Cathétérismes répétés, lavages vésicaux. — Pyélo-néphrite ascendante. — Cachexie urinaire, cystostomie. — Guérison rapide.

Il s'agit d'un homme de 67 ans, prostatique, qui avait été, d'abord atteint de rétention incomplète,

puis de rétention complète et qui fut soigné pendant quelques mois par des lavages vésicaux avec sonde à demeure.

L'état général déclina rapidement, les urines devinrent troubles, accusant la cystite, tandis que les troubles digestifs, et la dyspnée révélaient une pyélonéphrite ascendante.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, la vessie se vidait mal, par les cathétérismes qui étaient difficiles et douloureux.

Entre les sondages, qui étaient pratiqués trois fois par jour, l'urine s'écoulait par regorgement. Trois jours après le début de ce traitement, l'état général de ce prostatique s'était aggravé. Il avait un teint cachectique jaune pâle, les paupières bouffies, puis survint de l'œdème des membres inférieurs remontant jusqu'à l'ombilic. Les urines étaient troubles, avec le caractère de la pyurie rénale, la dyspnée très marquée. On constatait tous les signes de la néphrite ascendante. D'urgence, la cystostomie fut pratiquée, chez ce malade, arrivé à la dernière période de la cachexie urinaire.

Les urines évacuées étaient extrêmement fétides ; dans le bas-fond, qui restait très profond, même après la rétraction de la vessie, nous trouvâmes une quantité de pus, que l'on peut évaluer à un verre.

Quelques jours après l'opération, l'œdème avait presque complètement disparu et l'état général était notablement modifié. Bien que la plaie vésicale ait eu de la tendance au sphacèle pendant les deux premiè-

res. semaines, ce qui s'expliquait par le défaut de résistance des tissus, et la septicité extrême des urines, cet homme était guéri de tout accident urinaire, vingt-cinq jours après la cystostomie.

OBSERVATION III

(Boeckel)

Bulletin de la Société Française d'Urologie.

(XX^e session, 1920, p. 490.)

K... Antoine; âgé de 59 ans, entre le 27 avril 1920, à 11 heures du matin, à la clinique chirurgicale du Professeur Sencert pour une rétention d'urine complète datant de la veille au soir.

Je suis appelé d'urgence auprès de ce malade qui me fournit les renseignements suivants :

A part une blennorragie survenue à l'âge de 19 ans et guérie rapidement, il a toujours été bien portant, jusqu'à il y a quelques mois. Vers novembre 1919, il commença à présenter de la disurie et de la pollakiurie nocturne. Un accès de rétention aiguë survenu il y a quelques semaines, céda facilement à un sondage.

Dans la suite, il fut sondé à plusieurs reprises, avec des sondes rigides, parfois avec de grandes difficultés. Le cathétérisme provoquait toujours une hématurie.

Le 24 avril, de multiples tentatives sont infructueuses pour passer une sonde en entraînant une hématurie abondante.

Etat actuel : la vessie du malade est très distendue et remonte jusqu'à l'ombilic. La peau de toute la

région hypo-gastrique est rougeâtre, rouge violacé par endroits. Le tissu cellulaire est notablement infiltré par un œdème dur ; la palpation est douloureuse. L'infiltration s'étend à la verge et au prépuce, qui sont œdématisés et très notablement augmentés de volume. Il en est de même des bourses qui ont les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Par contre, le périnée est souple et présente une coloration normale, sauf en arrière, immédiatement au-devant de l'anus, où il existe un peu de rougeur et un léger œdème.

Par le toucher rectal, on sent une prostate notablement augmentée et offrant une consistance molle. La pression exercée sur la glande ramène un liquide puriforme par l'urètre.

L'état général est précaire : Faciès terreux, yeux excavés, langue sèche, fuligineuse, soif vive, céphalée, nausées. Température $39^{\circ}1$, pouls à 134.

Le malade présente en un mot tous les signes d'une profonde infection doublée d'intoxication. Il ne peut émettre la moindre goutte d'urine, souffre atrocement et réclame une intervention immédiate.

Sans m'attarder à tenter un cathétérisme sûrement difficile et très probablement nocif, je pratique rapidement, sans anesthésie locale, une incision médiane sus-pubienne. Après avoir traversé une région profondément infiltrée de sérosité purulente, je pénètre dans la cavité de Retzius, d'où s'échappe un pus mal lié, très fétide. Tout le tissu cellulaire pré et latérovésical est envahi par une infiltration puriforme ; il

n'y a pas de collection enkystée. Vers le sommet de la vessie, l'infiltration est purement œdémateuse.

Un gros tube de Freyer est introduit dans la vessie. La cavité de Retzius et les régions latéro-vésicales, sont largement drainées. Les suites opératoires sont favorables. La fièvre tombe, l'état général se remonte rapidement. Par la plaie sus-pubienne, s'éliminent au bout de quelques jours, des lambeaux sphacelés ; puis la plaie se comble rapidement, néanmoins, le drainage est maintenu assez longtemps.

Les bourses se dégorgent progressivement ; la verge, par contre, reste volumineuse, malgré le débridement ; d'où nécessité de nouvelles incisions.

La prostate diminue progressivement de volume ; sa consistance redevient ferme et, à part quelques bosselures, elle est partout lisse. La glande complètement fixée tout d'abord, devient progressivement plus mobile, et l'on a l'impression que l'énucléation de l'adénome intra-prostatique sera ultérieurement assez facile.

OBSERVATION IV (Duverger et Dax)

Cystotomie pour hématurie vésicale abondante.

(Presse Médicale, 2 mars 1927, p. 275.)

B... Henri, âgé de 59 ans, a présenté plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse. Depuis quelques années, il accusait une dysurie croissante et il avait remarqué depuis une quinzaine de jours la présence

d'un peu de sang dans son vase lorsque, brusquement, le 7 mars 1924, au matin, il accuse une hématurie abondante ; cette hématurie se prolongeant, le malade entre le lendemain à l'hôpital.

La vessie est distendue, et dépasse notablement le pubis ; son urètre scléreux présente des rétrécissements multiples dont le dernier est infranchissable. L'examen clinique est négatif par ailleurs.

L'azotémie est de 0,40. La tension artérielle et le temps de coagulation du sang sont normaux.

L'hématurie devenant inquiétante, et la vessie se distendant, on pratique le 9 mars une cystostomie qui évacue un bon litre d'urines sanglantes ; l'examen de la cavité vésicale montre l'absence de toute tumeur et de tout adénome prostatique, la muqueuse est rouge sombre, de teinte ecchymotique sur toute sa surface.

Dès le lendemain, l'hématurie est arrêtée.

OBSERVATION V

(Duvergey et Dax).

Cystostomie pour hématurie vésicale continue.

M... Guillaume, âgé de 56 ans, a eu une blennorragie à 20 ans ; depuis huit ans, il présente une difficulté croissante des mictions.

En 1918, au cours d'une crise de rétention, il a dû subir une ponction de la vessie et un sondage.

Depuis cinq semaines, il présente une hématurie

continue. C'est dans ces conditions qu'il entre à l'hôpital le 29 décembre 1924.

A l'exploration de l'urètre, on trouve une série de rétrécissements dont le dernier est franchi difficilement par une bougie filiforme. La vessie est très distendue ; la prostate est large, étalée, non proéminente. L'azotémie est de 0,87 ; le Wassermann est négatif.

La cystostomie est pratiquée le 30 décembre ; l'hématurie s'arrête.

Le 7 janvier 1925, sous rachi-anesthésie, on pratique une exploration vésicale détaillée, car on gardait quelques doutes sur l'existence d'un adénome prostatique. On constate, lors de cette exploration, que la prostate ne fait aucune saillie dans la vessie ; la muqueuse vésicale au niveau du bas-fond et du trigone, paraît épaissie ; un fragment de cette muqueuse est prélevé et examiné au laboratoire d'anatomie pathologique, qui répond : « il ne s'agit pas d'une tumeur maligne ; tissu sclérosé, évolution microkystique en fromage de Gruyère ».

Après l'intervention, la dilatation urétrale est pratiquée régulièrement, et, le 14 février 1925, une cystoscopie montre une vessie parfaitement saine avec quelques colonnes peu accentuées.

OBSERVATION VI

(Hartmann)

Thèse Paris 1887.

Cystostomie pour cystite douloureuse.

T..., 24 ans, entre le 7 janvier 1885 dans le service de M. Guillon, à l'hôpital Necker.

Pendant son service militaire, il y a un an et demi, il fut pris d'envie fréquente d'uriner avec dysurie. Les dernières gouttes d'urine étaient sanguinolentes, sans qu'il y ait jamais eu hématurie à proprement parler. Les urines s'étaient troublées. Le malade fut traité dans un hôpital militaire par passage de sondes et béniqués. Les douleurs augmentèrent alors avec beaucoup d'intensité, très vives, elles apparaissent au moment de l'écoulement des dernières gouttes d'urine et se continuent pendant les quelques instants qui suivent la miction. Elles ne contenaient plus de sang, mais étaient troubles surtout à la fin du jet. La nuit, les mictions se répètent 15 à 20 fois, et le jour 30 à 40.

Le 9 mars 1884, on l'envoie au Val-de-Grâce et on lui fait des instillations de nitrate d'argent au 1/150^e, au niveau du col vésical ; aucune amélioration et, en mai 1884, apparaissent de véritables crises douloureuses qui durent une demi-heure à deux heures et se répètent dans la même journée. Elles se produisent à l'occasion d'une miction ; le début de la miction est normal, mais à un moment, il semble au malade qu'il se fasse une contraction douloureuse de sa vessie ; il

pousse malgré lui et expulse une urine boueuse suivie d'un peu de sang.

En même temps des douleurs très vives, comparables à l'ouverture de la verge avec un bistouri se font sentir au niveau du méat, la verge entre en érection et ne retombe à l'état flaccide qu'au bout d'un certain temps alors que les douleurs cessent.

Le toucher rectal ne dénote aucune bosselure dans la prostate ou les vésicules, mais la pression de sa paroi antérieure provoque des douleurs vives jusque dans l'extrémité de la verge en même temps qu'un besoin d'uriner. Douleurs à la pression de la région lombaire droite.

Une parotidite survient le 20 janvier, le 28 février le malade sort de l'hôpital, mais dans les derniers jours de juin, les mictions redeviennent fréquentes et douloureuses.

Vu la gravité de son état, l'intensité des douleurs, l'absence de lésions génitales, M. Guillon pratique une taille hypo-gastrique le 8 juillet 1885.

La vessie est peu tendue, on l'incise ; sa face interne est petite, rouge, foncée, mamelonnée, comme framboisée.

Le col vésical est dilaté avec l'extrémité du doigt ; la vessie est suspendue aux lèvres de la plaie par des fils de soie.

Le 12 juillet, le malade n'a plus eu de douleurs comparables à celles qu'il éprouvait auparavant.

Peu à peu, l'état général s'améliore.

Le 4 avril, on retire la sonde, puis les mictions

s'espacent. Miction toutes les heures le jour, toutes les deux heures la nuit.

Le 7 avril 1886, les urines sont redevenues claires ; il n'a plus aucune douleur, mais conserve de la fréquence dans les mictions, surtout quand il marche.

CONCLUSIONS

I. — La cystostomie temporaire ou définitive a pour effet immédiat de diminuer la pression vésicale, d'affaiblir les contractions douloureuses de la fibre musculaire. Elle lutte ainsi directement contre les douleurs.

II. — Elle supprime la congestion, et fait cesser les hémorragies.

III. — Elle constitue le traitement préventif et curatif de choix de l'infection vésicale et de l'infection rénale.

IV. — Ses indications sont multiples, et en dehors des prostatiques rétentionnistes infectés ou non, elle est recommandée dans les cystites douloureuses, les hématuries vésicales, les fistules urinaires, chez l'homme et chez la femme.

Depuis longtemps, elle constitue le premier temps de la prostatectomie par voie trans-vésicale ; elle remplit un double rôle, tout d'abord en luttant contre la toxie infectieuse urinaire et en abaissant le taux de

l'urée sanguine ; mais encore elle entraîne une diminution de volume de la prostate et un retour de la mobilité de la glande, FACILITANT L'EXUCLÉATION ; c'est un fait sur lequel les différents auteurs ne semblent pas avoir insisté.

Vu, le Doyen :

ROGER.

Vu, le Président :

LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Michon.** — Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie. — Thèse Paris, 1895.
- Lombart.** — De la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. — Thèse Nancy, 1904.
- Koehren.** — Valeur thérapeutique de la cystostomie. — Thèse Strasbourg, 1927.
- Legueu.** — Le mécanisme des rétentions vésicales chez les prostatiques. — Académie de Médecine, 13 novembre 1918. — L'azotémie des rétentionnistes urinaires. *Journal d'Urologie*, 1918, p. 349.
- Albarran.** — De l'hématurie au cours de la rétention d'urine. — *Bulletin Médical*. — 3 sept. 1893.
- Bonneau.** — Danger de la cystostomie d'urgence appliquée à la rétention avec distension chez les prostatiques. — XVIII^e session. — Association Française d'Urologie, 1913, p. 391.
- Canoz.** — Le danger rénal des rétrécissements urétraux. — Thèse Paris, 1923.
- Castano (Alberto).** — Considération générale sur la prostate et la prostatectomie. — *Journal d'Urologie*, 1914, T. I, p. 407.
- Carlier.** — La prostatectomie trans-vésicale en deux temps chez les infectés. — XI^e session. — Association Française d'Urologie, 1907, p. 390.
Influence de la cystostomie sur l'azotémie des prostatiques distendus.
Prostatectomie sus-pubienne en deux temps chez les infectés. — XVII^e session. — Association Française d'Urologie, 1913, p. 367.
- Curtis.** — Etude de la ponction vésicale. — *Journal d'Urologie*, 1919, p. 503.

- Cathelin (F.).** — Les vessies qu'il ne faut pas ouvrir. — *Revue Pratique des organes génito-urinaires*, mai 1914, p. 162.
- Poncet et Delarc.** — Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. — Paris, 1899.
- Duchet et Suchaut.** — Les dangers de la ponction vésicale. — *Revue Médicale de la Franche-Comté*, n° 10, 15 octobre 1922.
- Genouville et Boekel.** — Physiologie, Pathologie de la cystostomie et de la cystotomie. — *Encyclopédie Française d'Urologie*, T. IV, p. 956.
- Guelton.** — Valeur de la cystostomie dans les rétrécissements urétraux avec accidents de rétention installés ou proches.
- Gayet.** — La cystostomie chez les prostatiques distendus. — XVIII^e Congrès Français d'Urologie, 4 et 8 octobre 1924.
- Viannay.** — Un cas d'hémorragie grave chez un prostatique, deux semaines après la cystostomie. — XXII^e Congrès d'Urologie.
- Hahan.** — Du traitement des hématuries vésicales rebelles par la cystostomie sus-pubienne. — Thèse de Lyon, 1899.
- Jack.** — Le drainage vésical. — *Journal d'Urologie*, 1917, p. 611.
- Loumeau.** — Fistulisation de la vessie pour cystite particulièrement rebelle. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 5 juillet 1914, p. 457.
- Reynes.** — Inondation hémorragique de la vessie, cystostomie, laparotomie. Guérison. — *Journal d'Urologie*, 1924, t. II, p. 527.
- Rochet.** — Traitement chirurgical des cystites douloureuses. — *Lyon chirurgical*, 1921, p. 462.
- Dukeman.** — Cystostomie intra-péritonéale pour tumeur vésicale. — *The Journal of the American Medical Association*, oct. 1911, p. 1264-1265.
- Greene Cumston.** — Cystostomie sus-pubienne, ses indications dans le carcinome de la prostate. — *New-York Medical Journal*, 29 mars 1913, p. 646.
- Godard.** — Quelques indications de la cystostomie suspubienne avec observations à l'appui. — *Journal of Urology*, vol. IX, n° 5, p. 223.
- Silva.** — Valeur comparative de la cystostomie dans les opérations sur l'urètre. *The american Journal of urology*, vol. IX, n° 6, juin 1913, p. 277.

Bayer. — Nouvelles recherches sur l'innervation de la vessie. Anatomie physiologique. — Thèse Lyon, 4 avril 1914.

Kolischer. — Rapports cliniques de la vessie de la femme avec les autres organes. — *Journal d'Urologie*, 1921, p. 168.

William Stevens. — La vessie féminine. — *The Journal of the Amér. méd. Assoc.*, n° 21 du 22 novembre 1924, p. 1256.

Sérès. — Corrélation fonctionnelle vésico-rénale. — *Journal d'Urologie*, 1923, t. II, p. 177.

